ITEM 047 : SUIVI D'UN NOURRISSON, D'UN ENFANT ET D'UN ADOLESCENT NORMAL. DEPISTAGE DES ANOMALIES ORTHOPEDIQUES

Pas toujours de symptomatologie fonctionnelle lorsque touche l'enfant -> importance d'un dépistage systématique et précoce.

LUXATION CONGENITALE DE HANCHE

DEF	Incongruence entre tête fémorale et cotyle. Généralement instabilité mais luxation vraie parfois possible.
FDR	- Antécédents familiaux de luxation congénitale de la hanche. - Présentation en siège. - Hypertonie des adducteurs. - Anomalies posturales : torticolis, genu recurvatum.
DEPISTAGE	- Clinique, systématique à la naissance et répété jusqu'à l'âge de la marche : • Asymétrie des plis inguinaux. • Recherche d'une limitation en abduction (< 60°). • Manœuvre de Barlow : ressaut pathognomonique. - En cas d'examen clinique pathologique OU si présence d'un FdR : réalisation d'une imagerie. - Avant 4 mois = échographie, après 4 mois = radiographie.

ANOMALIES DES AXES DES MEMBRES INFERIEURS

AXES FRONTAUX	- De la naissance à 18-36 mois = présence normale d'un genu varus (= distance intercondylienne > 0 cm). - Puis jusqu'à 10 ans = genu valgus (= distance intermalléolaire > 0 cm). - Après la puberté = alignement de l'axe HKA.
AXE DE ROTATION	- Fémur : antétorsion 35° à la naissance, puis baisse jusqu'à 10-15°. - Tibia : torsion nulle à la naissance puis torsion externe jusqu'à 30°. - Examiner l'enfant lors de la marche (marche en RI pathologique > 7ans) et en décubitus dorsal jambes pendantes. - Nécessité d'un avis spécialisé si déformation en dehors des âges normaux ou si douleur ou asymétrie. - Risque d'impact sur la marche. Correction chirurgicale si trouble en rotation++.

ANOMALIES DE LA STATIQUE RACHIDIENNE

SCOLIOSE	FDR	- Sexe féminins, ATCD familiaux. - Dépistage à l'adolescence (puberté++).
	DEF	- Déformation rachidienne dans les trois plans de l'espace, gibbosité en antéflexion.
	EC	- Poids, taille debout et assise. - Examen en position debout après compensation d'une inégalité de longueur des membres, recherche asymétrique des plis et perte des courbures physiologiques (cyphose/lordose).
	DD	- Déviation latérale sans gibbosité = attitude scoliotique. - Analyse de la maturation sexuelle : date 1res règles, stades de Tanner. - Recherche causes secondaires : • Anomalies cutanées, de la ligne médiane (fossette, lipome, tâches café au lait). • Anomalies neurologiques : examen neurologique++. • Dysmorphie et hyperlaxité tissulaire (Marphan, etc.)
	PC	- Radiographie du rachis entier de dos et de profil (EOS à privilégier) : • Évaluation de l'angle de Cobb : scoliose si ≥ 10°. • Amplitude élevée si angle de Cobb ≥ 30°. - Éventuellement : IRM, TDM, scintigraphie.
	PEC	- Scoliose < 15° en période de croissance : surveillance / 6 mois. - Scoliose > 15° : traitement orthopédique : corset. - Traitement chirurgical indiqué si scoliose > 50° ou échec du traitement orthopédique. - En + : kinésithérapie : muscles du rachis, statique et respiration.
CYPHOSE	Déformation dans le plan sagittal uniquement. 1re cause = Dystrophie rachidienne de croissance (Maladie de Scheuermann).	